

CONDIÇÕES DE VIDA E MORTALIDADE PROPORCIONAL DE MENORES DE CINCO ANOS EM PORTO ALEGRE

*Amílcar Bruno S. Loureiro**

1 - Introdução

Este texto tem por objetivo estudar a relação da mortalidade proporcional de menores de cinco anos com as condições de vida da população em Porto Alegre.

Para tanto, a Cidade foi dividida em áreas de ocupação regular e de ocupação irregular, procurando-se verificar se as diferenças de mortalidade entre essas áreas expressavam as diferenças sociais existentes entre elas.

Inicialmente, o texto faz algumas considerações gerais sobre os fenômenos da concentração urbana em grandes centros e da mudança de perfil econômico das cidades metropolitanas, bem como aborda as consequências disso para as condições de vida da população, sendo enfocado, em caráter particular, o caso de Porto Alegre.

Em seguida é feito o estudo da mortalidade de menores de cinco anos nas áreas de ocupação regular e irregular, sendo a mesma complementada com uma análise dos óbitos proporcionais de menores de um ano, com vistas a uma maior amplitude da investigação.

2 - A concentração urbana e as condições de vida nos centros metropolitanos

O crescimento da população urbana no Brasil vem sendo acompanhado, nas últimas décadas, pela deterioração crescente das condições de vida de uma parte cada vez maior da população, fato que ocorre sobretudo nas áreas metropolitanas.

A perda da qualidade de vida nas grandes cidades está associada ao fenômeno da segregação espacial, caracterizado pela distribuição diferenciada da população e dos equipamentos e serviços urbanos. Em Porto Alegre, esse fenômeno foi analisado por Barcellos et al. (1986) e Oliveira et al. (1989), demonstrando as desigualdades espaciais urbanas em função da estrutura do mercado de terras, caracterizada pela concentração da propriedade fundiária, e dos investimentos seletivos do Estado, que priorizam a reprodução do capital em detrimento da reprodução da força de trabalho.

* Economista da FEE e Professor da PUC-RS.

Além disso, o perfil concentrador da renda e a recessão econômica também determinam a diferenciação das condições de vida da população. Isto, somado aos fatores antes mencionados, acarreta o surgimento de subabitações e a ocupação irregular de áreas públicas e privadas, nas quais, em geral, há carência de serviços e equipamentos urbanos, ocorrendo esse processo tanto na periferia quanto no interior das áreas de ocupação regular.

Estimativas demográficas indicam que, na atual década, o fenômeno da urbanização terá como palco principal os países do Terceiro Mundo, que deverão abrigar, até o ano 2000, a maior parte das grandes metrópoles mundiais. Assim, o processo de concentração da população urbana ainda terá uma presença muito forte no cenário demográfico mundial. No Brasil, esse processo permite prever a continuidade da deterioração da qualidade de vida da população urbana.

Paralelamente, o fenômeno da metropolização no Brasil vem se caracterizando pela diminuição relativa do crescimento dos centros metropolitanos. Dados mais recentes revelam algumas mudanças no fenômeno metropolitano, tanto em termos de crescimento demográfico quanto em termos de mudança do perfil econômico, caracterizado por uma terciarização crescente.

No que diz respeito à questão demográfica, verifica-se um menor crescimento relativo das metrópoles face às populações urbana e total.¹ Um exemplo disso é encontrado em Porto Alegre, conforme indicam os dados da Tabela 1.

Tabela 1

Participação percentual de Porto Alegre e do resto da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) na população total e na população urbana do Rio Grande do Sul — 1970-1991

ANOS	POPULAÇÃO TOTAL			POPULAÇÃO URBANA		
	Porto Alegre	Resto da RMPA	Total da RMPA	Porto Alegre	Resto da RMPA	Total da RMPA
1970	13,3	10,3	23,6	24,5	15,2	39,7
1980	14,5	14,9	29,4	21,2	19,7	40,9
1991	13,8	17,8	31,6	17,8	23,1	40,9

FONTE: CENSO DEMOGRÁFICO 1970-80: Rio Grande do Sul (1973, 1982). Rio de Janeiro: IBGE.

CENSO DEMOGRÁFICO 1991: Rio Grande do Sul (1991). Rio de Janeiro: IBGE (Dados preliminares).

¹ Esse fenômeno começa a se estender às regiões metropolitanas. Dados preliminares do Censo de 1991 mostram uma queda relativa da urbanização nas Regiões Metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, comparativamente às cidades não metropolitanas daqueles estados.

Os dados da Tabela 1 mostram uma mudança na dinâmica demográfica interna da Região Metropolitana de Porto Alegre. No seu conjunto, a RMPA aumentou sua participação na população total e manteve estável sua participação na população urbana. Entretanto, separando-se Porto Alegre do resto da Região Metropolitana, nota-se que esta última aumentou sua participação tanto na população total quanto na urbana, ao passo que Porto Alegre manteve sua posição na população total e perdeu participação relativa acentuadamente na população urbana.

O fenômeno da desconcentração demográfica de Porto Alegre pode ser associado ao fenômeno da mudança do perfil econômico da Capital. Alonso e Bandeira (1988) discutiram a desindustrialização de Porto Alegre, mostrando ter a mesma iniciado na década de 70, estabilizando-se nos anos 80, como decorrência de um processo normal de desconcentração industrial nas cidades-sede metropolitanas. A Tabela 2 mostra a evolução da participação de Porto Alegre e do resto da RMPA no PIB industrial do Rio Grande do Sul.

Tabela 2

Participação percentual de Porto Alegre e do resto da RMPA no PIB industrial do Rio Grande do Sul — 1980-1990

ANOS	PORTO ALEGRE	RESTO DA RMPA
1980	18,87	32,74
1985	12,45	34,47
1990	12,44	40,78

FONTE: FEE.

Observa-se, através dos dados da Tabela 2, que a industrialização se concentrou no resto da Região Metropolitana, ao longo da década, tendo em vista que os valores de sua participação no PIB foram sempre crescentes no período, coincidindo com a evolução de sua participação nas populações urbana e total, como foi revelado na Tabela 1. Quanto a Porto Alegre, vê-se que a Capital diminuiu sua participação no PIB entre 1980 e 1985, estabilizando-a daí em diante.

A estagnação da produção industrial em Porto Alegre representa uma dificuldade a mais no que toca às condições de vida da população, pela perda de empregos que acarreta.

Ao processo de desindustrialização dos centros metropolitanos corresponde um fenômeno paralelo de terciarização, relacionado às novas formas de desenvolvimento global da economia mundial. No caso de Porto Alegre, como mostra a Tabela 3, verifica-se que a participação do Setor Terciário no PIB municipal evoluiu de 69,6% em 1980 para 73,9% em 1985 e para 77,0% em 1990, evolução esta ancorada no subsetor demais serviços, cujos dados, naqueles anos, foram, respectivamente, 49,5%, 59,7% e 60,5%. Já o comércio apresentou um declínio de 20,1% em 1980 para 14,2% em 1985, recuperando-se parcialmente daí até 1990, quando chegou a uma participação de 16,5%.

Tabela 3

Participação percentual do Setor Terciário no PIB
de Porto Alegre — 1980-1990

ANOS	COMÉRCIO	DEMAIS SERVIÇOS	TOTAL
1980	20,1	49,5	69,6
1985	14,2	59,7	73,9
1990	16,5	60,5	77,0

FONTE: FEE.

A terciarização de Porto Alegre, que corresponde a uma tendência geral das metrópoles, caracteriza-se pela estagnação das atividades tradicionais e pelo crescimento das atividades modernas. A questão que se coloca é se esse setor reúne o dinamismo necessário à compensação da desindustrialização da capital e o processo de informalização das atividades econômicas da população.

Apreciando essa questão, Ribeiro e Santos Júnior (1993) afirmam que a mudança de perfil da economia das grandes cidades tende a acentuar as condições diferenciais de vida da população.

Nessas metrópoles, desenha-se, segundo esses autores, um cenário marcado, no novo padrão de produtividade da economia, pela desindustrialização, pela desmetropolização e pela profunda dissociação entre a reprodução do capital e a reprodução de grande parte da população, desqualificando esta última para entrar no sistema produtivo.

É nesse contexto que se procura identificar as características, em Porto Alegre, das condições de vida das áreas segregadas e não segregadas, aqui definidas como áreas de ocupação irregular e de ocupação regular respectivamente, procurando detectar as diferenças de qualidade de vida entre as mesmas através de uma análise das condições de saúde.

3 - Metodologia

A escolha da mortalidade de menores de cinco anos como indicador das condições de saúde decorreu da sua alta sensibilidade ao ambiente social, uma vez que a mesma reflete o atendimento às necessidades básicas da população, como o nível de nutrição, o conhecimento das mães sobre saúde, a renda familiar e a disponibilidade de serviços de saúde e de saneamento básico, sendo adequada, portanto, para comparar unidades espaciais diferentes.

Por essas razões, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, que relaciona os óbitos nessa faixa etária com a população da mesma idade, foi

escolhida pela UNICEF como o principal indicador da situação das crianças no Mundo, sendo a sua utilização recomendada também pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. Como este trabalho pretende comparar as áreas de ocupação regular e irregular e não há dados populacionais disponíveis segundo essa distribuição, procedeu-se à comparação das duas áreas com base na participação percentual das diversas causas de óbito nesse grupo etário, as quais são também indicativas da relação entre o óbito e o nível de vida, como é o caso das afecções das vias respiratórias e das doenças infecciosas e parasitárias.

Os dados, extraídos das declarações de óbito fornecidas pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado, referem-se ao ano de 1992.

Como não há dados anteriores a 1992 referentes à mortalidade proporcional de menores de cinco anos que permitam avaliar a evolução temporal desse indicador, foram utilizados dados referentes à mortalidade infantil correspondentes aos óbitos de menores de um ano, a qual é um indicador clássico, que permite avaliar adequadamente a influência do meio social sobre as condições de saúde; sendo a sua análise também baseada na participação percentual das diversas causas de óbito.

Isso permitiu comparar os dados relativos ao ano de 1992 com os referentes ao ano de 1980, constantes no trabalho da FEE **Segregação Urbana e Mortalidade em Porto Alegre** (BARCELLOS, coord., 1986).

A desagregação dos óbitos infantis em mortalidade neonatal (até 27 dias) e infantil tardia (de 28 a 364 dias), por sua vez, permite detectar com maior nitidez a influência do meio social nas causas de morte nesse grupo etário, pois a mortalidade infantil tardia tem alta correlação com o atendimento das necessidades básicas da população.

Para a classificação dos grupos de causas de óbito, foi utilizado o grupamento de causas da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, baseada nas recomendações da Nona Conferência de Revisão de 1975, que se encontra em vigor.

As áreas de ocupação irregular são definidas pela forma ilegal da ocupação, em desobediência à legislação e às normas urbanísticas, caracterizando-se pelo parcelamento irregular ou clandestino do solo, com ou sem invasão das respectivas áreas. As áreas de ocupação regular definem-se pela obediência às exigências legais do parcelamento do solo.

4- A mortalidade de menores de cinco anos

No exame das 473 declarações de óbito de Porto Alegre nas quais foi possível localizar com clareza o endereço e identificar se o mesmo pertencia a uma área de ocupação regular ou irregular, foi constatada a distribuição exposta na Tabela 4.

Nota-se que às áreas de ocupação regular corresponderam 77,8% dos óbitos, cabendo às áreas de ocupação irregular um percentual bem menor, de 22,2%. Quando se considera somente a mortalidade infantil, os percentuais são de 76,3% e 23,7% respectivamente, valores muito semelhantes aos encontrados para os óbitos de menores de cinco anos.

Não se pode precisar até que ponto os percentuais acima mencionados correspondem às populações dos assentamentos regulares e irregulares. Os dados mais aproximados disponíveis referem-se à população de favelados, a qual não coincide necessariamente com a população das áreas de ocupação irregular. Para a Prefeitura Municipal havia, em 1992, 450.500 habitantes em favelas, o que corresponderia a 35,2% da população de Porto Alegre. Já os dados do IBGE para 1991, baseados em metodologia diferente, apontavam 99.232 favelados, correspondendo a 8,0% da população da Capital.

Tabela 4

Óbitos de menores de cinco anos, segundo as áreas de ocupação,
em Porto Alegre — 1992

ÁREAS DE OCUPAÇÃO	ÓBITOS	
	Número	%
Regular	368	77,8
Irregular	105	22,2
Total	473	100,0

FONTE DOS DADOS BRUTOS: BRASIL. Ministério da Saúde (1992). **Declarações de óbito.** (Estatísticas da saúde, 1. via).

Os dados sobre os óbitos das duas áreas constam na Tabela 5 e mostram algumas diferenças de nível de saúde entre ambas. A principal causa de morte nas áreas de ocupação irregular são as doenças do aparelho respiratório, principalmente a pneumonia, doenças que estão relacionadas com o meio social. Essa é a segunda causa de óbitos nas áreas de ocupação regular, mas seus valores estão 10 pontos percentuais abaixo dos das áreas de ocupação irregular.

Também há diferença entre as duas áreas quanto aos óbitos por afecções perinatais (tais como prematuridade ao nascer, infecções específicas do período perinatal e problemas respiratórios, dentre outros), que constituem a principal causa nas áreas de ocupação regular, com 38,6%. É verdade, porém, que essa causa é a segunda em importância nas áreas de ocupação irregular; entretanto o percentual de 28,6% dessas áreas é bem inferior ao das áreas de ocupação regular.

A terceira causa de óbito é comum às duas áreas: são as anomalias congênitas, cujos percentuais não apresentam diferença significativa, não constituindo esse grupo um fator de diferenciação.

Tabela 5

Óbitos de menores de cinco anos, por principais causas e área de ocupação, em Porto Alegre — 1992

PRINCIPAIS CAUSAS (GRUPOS E SUBGRUPOS)	ÁREAS DE OCUPAÇÃO					
	Regular		Irregular		TOTAL	
	Ordem de incidência	%	Ordem de incidência	%	Ordem de Incidência	%
Doenças infecciosas e parasitárias	5º	6,3	4º	11,4	4º	7,4
Doenças infecciosas intestinais		3,5		6,7		4,4
Septicemia		1,9		2,9		2,3
Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunológicos	8º	2,7	5º	5,7	7º	3,4
Desnutrição		0,8		3,8		1,5
SIDA		1,6		1,9		1,7
Doenças do aparelho respiratório	2º	22,0	1º	32,4	2º	24,3
Pneumonia		17,4		29,5		19,7
Anomalias congênitas	3º	15,8	3º	12,4	3º	15,0
Lesões e envenenamentos	6º	4,3	5º	5,7	6º	4,6
Doenças do sistema nervoso e dos sentidos	7º	3,8	6º	1,9	7º	3,4
Meningite		1,6		0,9		1,3
Algumas afecções originadas no período perinatal	1º	38,6	2º	28,6	1º	36,4
Todas as outras causas	4º	6,5	6º	1,9	5º	5,5
TOTAL		100,0		100,0		100,0

FONTE DOS DADOS BRUTOS: BRASIL. Ministério da Saúde (1992). Declarações de óbito. (Estatísticas da saúde, 1. via).

Quanto às doenças infecciosas e parasitárias, esperar-se-ia uma participação maior desse grupo nas áreas de ocupação irregular, onde detém a quarta posição, por ser um grupo constituído de doenças vinculadas ao atendimento por saneamento básico e por programas de imunização. Contudo há certa diferenciação em relação às áreas de ocupação regular, pois, nestas últimas, o percentual é de 6,3%, ao passo que, nas primeiras, o percentual é de 11,4%.

No grupo de doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunológicos, embora o pequeno número de casos no total de óbitos, é de notar-se a presença da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, com mais de 50% dos óbitos nos assentamentos regulares e com um terço dos óbitos nos assentamentos irregulares. Ainda nesse grupo, a desnutrição apresenta valores baixos comparados aos das outras causas, nas duas áreas. A diferença entre ambas é que, nas áreas de ocupação irregular, o percentual é de 3,8%, contra 0,8% nas áreas de ocupação regular. Entretanto vale lembrar que essa causa se encontra, às vezes, associada a outra causa principal de morte.

A participação do grupo de lesões e envenenamentos como causa direta de mortes, em 1992, denota uma questão social atual em evidência. Percebe-se a maior incidência desse grupo nos óbitos de menores de cinco anos, pois seus percentuais são mais elevados quando se considera o total dos óbitos — 4,3% nos assentamentos regulares e 5,7% nos assentamentos irregulares — do que quando se consideram somente os óbitos de menores de um ano — 1,3% nas áreas regulares e 1,0% nas áreas irregulares.

Tomando-se separadamente essa causa de óbito para o grupo de idade de um a quatro anos e ressaltando-se o número reduzido de casos nessa faixa etária, nota-se a sua elevada

incidência nas áreas de ocupação irregular, em que ocupa o primeiro lugar como causa de óbito, com 45,4% dos óbitos, contra apenas 1,0% no grupo de menores de um ano de idade.

Nas áreas de ocupação regular, a importância das mortes por lesões e envenenamentos é também maior na faixa etária de um a quatro anos, onde se torna a segunda causa de óbito, com o percentual de 18,2%, contra 1,3% no grupo de menores de um ano de idade.

Em termos gerais, vê-se que há diferenças entre os assentamentos regulares e irregulares, mas que os diferenciais não são tão acentuados quanto se poderia esperar, principalmente quanto às doenças infecciosas e parasitárias e às doenças do aparelho respiratório. No primeiro caso, devido aos valores baixos dos percentuais comparativamente a outros grupos de doenças, pode estar ocorrendo a aplicação mais eficiente de programas de imunização; no segundo caso, em que se nota um percentual elevado nas áreas de ocupação regular, é possível que parte desse percentual se deva à presença, nessas áreas, de pessoas com baixo nível de renda, mas que, por ocuparem assentamentos regulares, não estão, em função da metodologia adotada, computados nas áreas de ocupação irregular. Poderia, também, estar ocorrendo uma inadequada distribuição de equipamentos de saúde nos assentamentos regulares. Grassi (1991), ao analisar os coeficientes de mortalidade por setor em Porto Alegre, levanta a hipótese de que os bairros Moinhos de Vento e Passo da Areia apresentam os menores coeficientes de mortalidade infantil, devido, além de problemas ligados à distribuição de renda e saneamento básico, à alta concentração de hospitais no bairro Moinhos de Vento, que, por sua vez, é limítrofe do bairro Passo da Areia, segundo a divisão da Cidade por bairros adotada naquele trabalho.

5 - Mortalidade infantil

A estrutura etária relativa aos 473 óbitos de menores de cinco anos em Porto Alegre, em 1992 revelava o predomínio do grupo com menos de um ano de idade, como é mostrado na Tabela 6.

Tabela 6

Óbitos de menores de cinco anos, segundo as faixas etárias e as áreas de ocupação, em Porto Alegre — 1992

FAIXAS ETÁRIAS	ÁREAS DE OCUPAÇÃO					
	Regular		Irregular		Total	
	Número de óbitos	%	Número de óbitos	%	Número de óbitos	%
Menos de um ano	302	82,1	94	89,5	396	83,7
Um ano a menos de cinco anos	66	17,9	11	10,5	77	16,3
TOTAL	368	100,0	105	100,0	473	100,0

FONTE DOS DADOS BRUTOS: BRASIL. Ministério da Saúde (1992). Declarações de óbito. (Estatísticas da saúde, 1. via).

Nota-se que predominaram os óbitos de até um ano de idade, com 83,7% do total. O subgrupo que apresentou maior percentual de óbitos com menos de um ano foi o dos assentamentos irregulares.

Por outro lado, desagregando-se os óbitos infantis acima apresentados segundo os subgrupos mortalidade neonatal e infantil tardia e comparando-se esses dados com os dados apurados para essas faixas etárias em 1980, no trabalho da FEE **Segregação Urbana e Mortalidade em Porto Alegre** (BARCELLOS, coord., 1986), conforme a Tabela 7, verifica-se claramente a diferença acentuada entre os assentamentos regulares e irregulares quanto ao nível de saúde, em detrimento das áreas de ocupação irregular, notando-se, ainda, que, entre 1980 e 1992, a situação dessas áreas piorou, enquanto as áreas de ocupação regular apresentaram uma melhora nesses indicadores.

Tabela 7

Mortalidade neonatal e infantil tardia, segundo a área de ocupação, em Porto Alegre — 1980 e 1992

(%)

TIPOS DE MORTALIDADE	ÁREA DE OCUPAÇÃO					
	Regular		Irregular		Total	
	1980	1992	1980	1992	1980	1992
Neonatal	57,5	62,3	44,0	37,0	53,1	56,3
Infantil tardia	42,5	37,7	56,0	63,0	46,9	43,7

FONTE DOS DADOS BRUTOS: BRASIL. Ministério da Saúde (1992). **Declarações de óbito**. (Estatísticas da saúde, 1. via).

BARCELLOS, Tanya M. de coord. (1986). **Segregação urbana e mortalidade em Porto Alegre**. Porto Alegre: FEE.

A Tabela 7 revela que a mortalidade infantil tardia, mais sensível às condições sociais, indica a melhor situação dos assentamentos regulares, pois seu valor se reduziu de 42,5% em 1980 para 37,7% em 1992. Já nas áreas de ocupação irregular, ocorreu o contrário: os óbitos tardios, que já representavam a maior parte da mortalidade infantil de 1980 (56%), aumentaram sua participação para 63% em 1992.

Por outro lado, a Tabela 8 mostra a mortalidade infantil por grupos de causas, apresentando os dados de 1980, extraídos de **Segregação Urbana e Mortalidade em Porto Alegre** (BARCELLOS, coord., 1986), e os de 1992. Um dado significativo da Tabela 8 foi o aumento da participação do grupo das doenças do aparelho respiratório, de 18,4% para 21,2% nos assentamentos regulares e de 27,6% para 35,1% nos assentamentos irregulares, podendo encontrar-se nas doenças desse grupo a explicação para o aumento da mortalidade infantil tardia nas áreas de ocupação irregular, como foi visto na Tabela 7.

Tabela 8

Mortalidade infantil, por causas e áreas de ocupação, em Porto Alegre — 1980 e 1992

PRINCIPAIS CAUSAS (GRUPOS E SUB-GRUPOS)	ÁREAS DE OCUPAÇÃO											
	Regular				Irregular				Total			
	1980		1992		1980		1992		1980		1992	
	Ordem de inci- dência	%	Ordem de inci- dência	%	Ordem de inci- dência	%	Ordem de inci- dência	%	Ordem de inci- dência	%	Ordem de inci- dência	%
Doenças infecciosas e parasitárias ..	3º	16,1	4º	6,3	3º	19,1	3º	11,7	3º	17,1	4º	7,6
Doenças infecciosas intestinais		9,6		3,6		10,5		7,4		10,6		4,5
Tuberculose		0,2		-		0,4		-		0,2		-
Septicemia		4,5		1,7		7,0		3,2		4,8		2,3
Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunológicos ..	5º	5,2	6º	2,3	5º	7,4	4º	4,3	5º	5,9	6º	2,8
Desnutrição		5,0		0,7		7,4		3,2		5,8		1,3
SIDA		-		1,3		-		1,1		-		1,3
Doenças do aparelho respiratório ..	2º	18,4	2º	21,2	2º	27,6	1º	35,1	2º	21,3	2º	24,5
Pneumonia		17,1		16,6		26,1		33,0		20,0		19,9
Algumas anomalias congênitas	4º	14,5	3º	15,2	4º	9,3	3º	11,7	4º	12,8	3º	14,4
Lesões e envenenamentos	-	-	8º	1,3	-	-	6º	1,0	-	-	8º	1,2
Doenças do sistema nervoso e dos sentidos	-	-	7º	2,3	-	-	5º	2,1	-	-	7º	1,8
Meningite		-		0,7		-		2,1		-		0,5
Algumas afecções originadas no período perinatal ..	1º	41,2	1º	46,4	1º	31,5	2º	31,9	1º	38,1	1º	42,9
Todas as outras causas	6º	4,6	5º	5,0	6º	5,1	5º	4,3	6º	4,8	5º	4,8
TOTAL		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0

FONTE DOS DADOS BRUTOS: BRASIL. Ministério da Saúde (1992). Declarações de óbito. (Estatísticas da saúde, 1. via).

O outro dado com significação foi a queda acentuada da participação das doenças infecciosas e parasitárias nas duas áreas, o que parece confirmar a hipótese, levantada na análise da mortalidade de menores de cinco anos, de que esse grupo estaria sofrendo os efeitos positivos dos programas de imunização. Dados da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado indicam que, desde 1980, a participação desse

grupo na mortalidade infantil, em Porto Alegre, diminuiu de um ponto máximo de 15,0% em 1984 para 9,5% em 1991.

Aqui, nessa faixa etária, também se verifica a presença, ainda que com números muito baixos, em 1992, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida como causa de óbito no grupo das doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunológicos, com mais da metade dos óbitos nas áreas de ocupação regular e com 25% nas áreas de ocupação irregular.

Os demais grupos não apresentaram mudanças significativas.

6 - Conclusão

O conjunto de dados revela as diferenças entre as áreas de ocupação regular e irregular quanto ao nível de saúde, demonstrando que estas últimas estão numa situação inferior em relação às primeiras.

Tais diferenças são melhor percebidas quando se observam os dados de menores de um ano do que quando se considera o conjunto de zero a quatro anos, o que pode ser exemplificado pela comparação das áreas de ocupação regular e irregular através da proporção que assumem os óbitos neonatais e infantis tardios na mortalidade infantil total. A mortalidade infantil tardia, por estar intimamente associada ao meio social, revela o grau em que os fatores sócio-econômicos afetam uma determinada comunidade. Assim, o padrão ideal de mortalidade infantil é aquele em que a mortalidade infantil tardia é inferior à mortalidade neonatal. Os dados mostram que esse padrão foi atingido nos assentamentos regulares e que, além disso, houve progresso nessas áreas, pois a mortalidade infantil tardia caiu entre 1980 e 1992. Já nos assentamentos irregulares, não só a mortalidade infantil tardia era superior à neonatal em 1980 e em 1992, como também apresentou um aumento nesse período, caracterizando uma piora nas já precárias condições de vida dessas áreas.

No que diz respeito aos óbitos segundo as causas, observando-se a totalidade dos dados sobre menores de cinco anos e sobre a mortalidade infantil (respectivamente, Tabelas 5 e 8), verifica-se que, nas áreas de ocupação regular, predominam as mortes por afecções originadas do período perinatal, seguidas pelas mortes causadas pelas doenças do aparelho respiratório, notando-se que esses dois grupos de causas, quanto à mortalidade infantil, aumentaram sua participação na mortalidade total entre 1980 e 1992. É de salientar-se, ainda, a queda significativa da mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias no período analisado, nessas mesmas áreas.

Nos assentamentos irregulares, a observação dos óbitos de menores de cinco anos somados aos óbitos infantis mostra que, em 1992, as doenças do aparelho respiratório constituíram a principal causa de morte, seguidas das afecções do período perinatal, somando as duas 61% das causas de óbitos. No que se refere à mortalidade infantil, a situação era inversa em 1980, quando as afecções perinatais predominavam sobre as doenças do aparelho respiratório. Como estas últimas aumentaram no período, permanecendo as primeiras no mesmo grau de participação, conclui-se que houve um agravamento das condições de saúde nas áreas de ocupação irregular, devido à forte relação das doenças do aparelho respiratório com as condições sociais.

É de se salientar também a participação elevada das lesões e envenenamentos como causa de óbito em 1992, no subgrupo de um a quatro anos de idade, sobretudo nas áreas de ocupação irregular.

É digna de nota, ainda, a redução dos óbitos relativos às doenças infecciosas e parasitárias tanto nas áreas de ocupação regular quanto nas áreas de ocupação irregular.

Outro aspecto que chama atenção é a ocorrência de óbitos, no ano de 1992, referentes à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, cujos valores, embora apresentando números absolutos muito reduzidos, são elevados no grupo das doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunológicos, principalmente nas áreas de ocupação regular.

No cômputo geral, verifica-se, com base nos dados da mortalidade infantil, que as áreas de ocupação regular mantiveram, no período considerado, a estrutura da mortalidade, apresentando, como variação, uma redução dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e um aumento dos óbitos por doenças respiratórias. Já as áreas de ocupação irregular tiveram alterada a sua estrutura de mortalidade, passando as doenças do aparelho respiratório para o primeiro plano.

Em função desse quadro, conclui-se que houve uma intensificação do fenômeno da segregação urbana em Porto Alegre, aumentando as diferenças entre as áreas de ocupação regular e de ocupação irregular quanto às condições de vida.

Bibliografia

- ALONSO, José A. F., BANDEIRA, Pedro S. (1988). A desindustrialização de Porto Alegre: causas e perspectivas. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v.9, n.1. p.3-28.
- BARCELLOS, Tanya M. de coord. (1986). **Segregação urbana e mortalidade em Porto Alegre**. Porto Alegre: FEE.
- GRASSI, Paulo Recena (1991). **Mortalidade infantil e fetal - setores de Porto Alegre**. Porto Alegre: Sistema Único de Saúde/RS.
- OLIVEIRA, Naia et al. (1989). **Vazios urbanos em Porto Alegre: uso capitalista do solo e implicações sociais**. Porto Alegre: FEE.
- RIBEIRO, Luiz Cesar de Q., SANTOS JUNIOR, Orlando A. dos (1993). Das desigualdades à exclusão social, da segregação à fragmentação: os novos desafios da reforma urbana. **Cadernos IPPUR/UFRJ**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPPUR, v.3, n.1, p.53-61, abr.
- UNICEF (1989). **Situação mundial da infância**. Brasília.